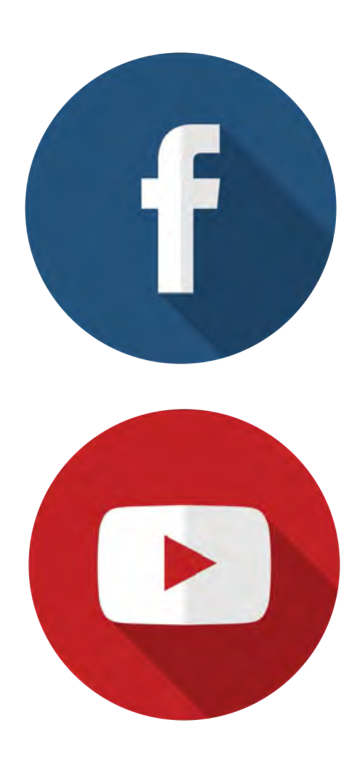
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Complications urinaires des fractures du bassin;

Dr M.R TOUATI .CHU B E O

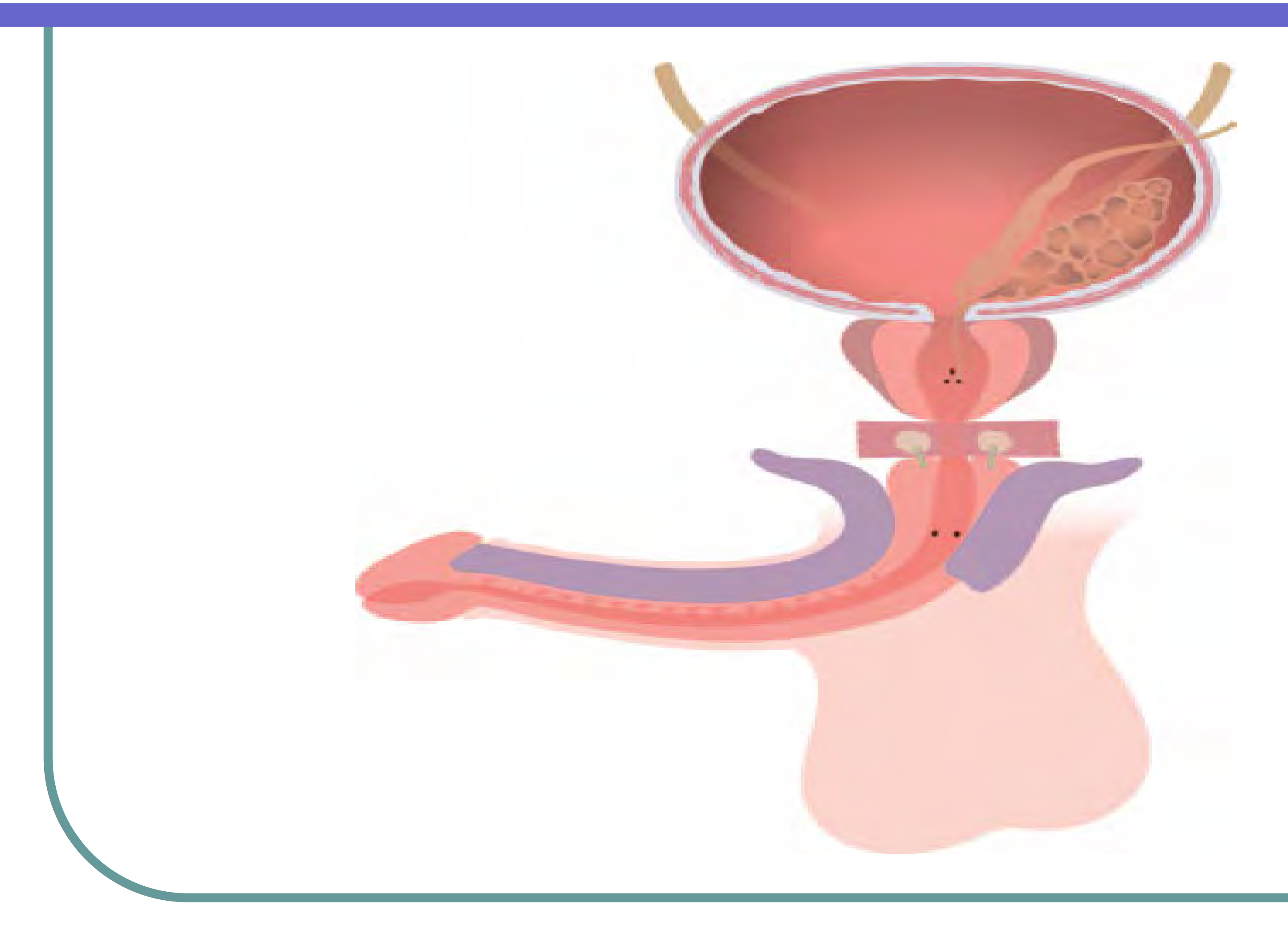
Generalites-definition

- Toutes les lésions traumatiques intéressants l'uretre postérieur et/ou la vessie au décours d'une fracture des os du bassin.

Enjeux;

- De + en + fréquentes(A.V.P,A.C,A.T,A.S)
- Touche les sujets jeunes(20-35ans)
- Poly traumatismes++
- Pronostique ; vital dans l'immediat
  fonctionnel tardif:
  - urinaire
  - sexuel

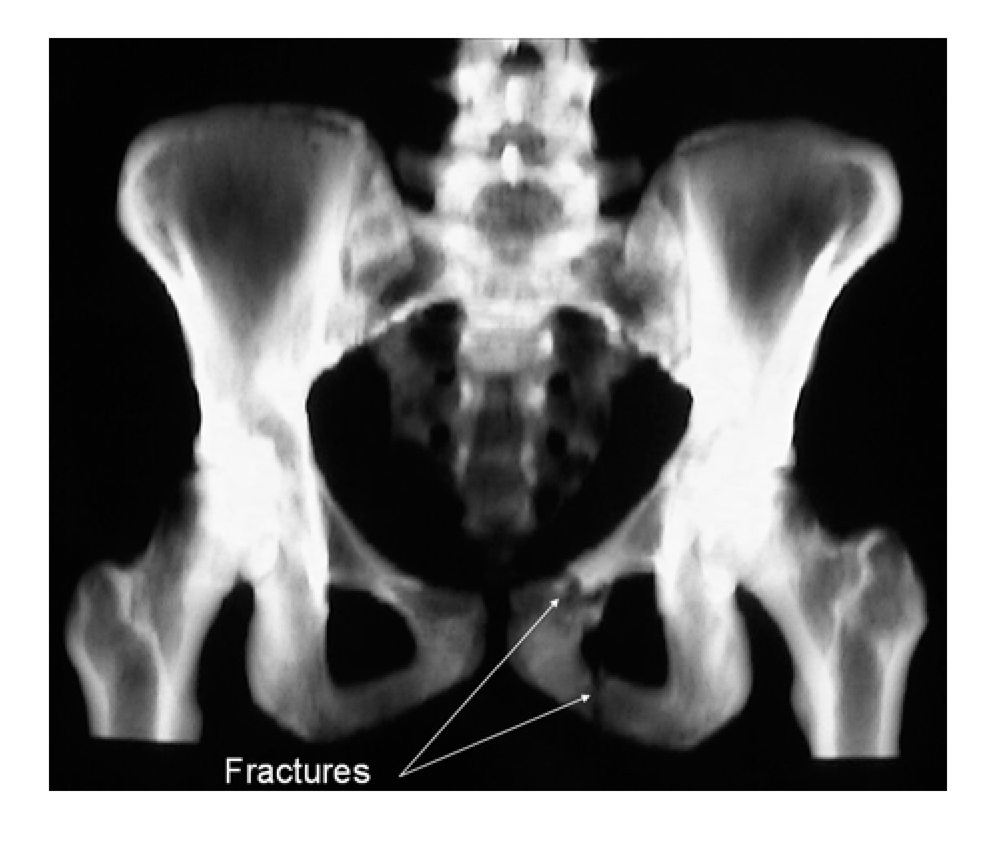
Rappel anatomique



Fractures du bassin;

- Ruptures de l’anneau pelvien avec disjoction pubienne
- Diastasis de l’articulation sacro iliaque

Fractures du bassin;



A/ Lésions de l’uretre postérieur;

- Etiopathogenie;
  - AVP , AC , AT, AS
  - Fr du bassin >>>> 5 à 20% de LUP
  - Mécanisme ;
    - Indirect+++(déplacements)
      - Cisaillement (ap.moy du périnée)
      - Effet guillotine (lgt transverse)
    - Direct
      - Embrochage
      - Ecrasement(U. prostatique)

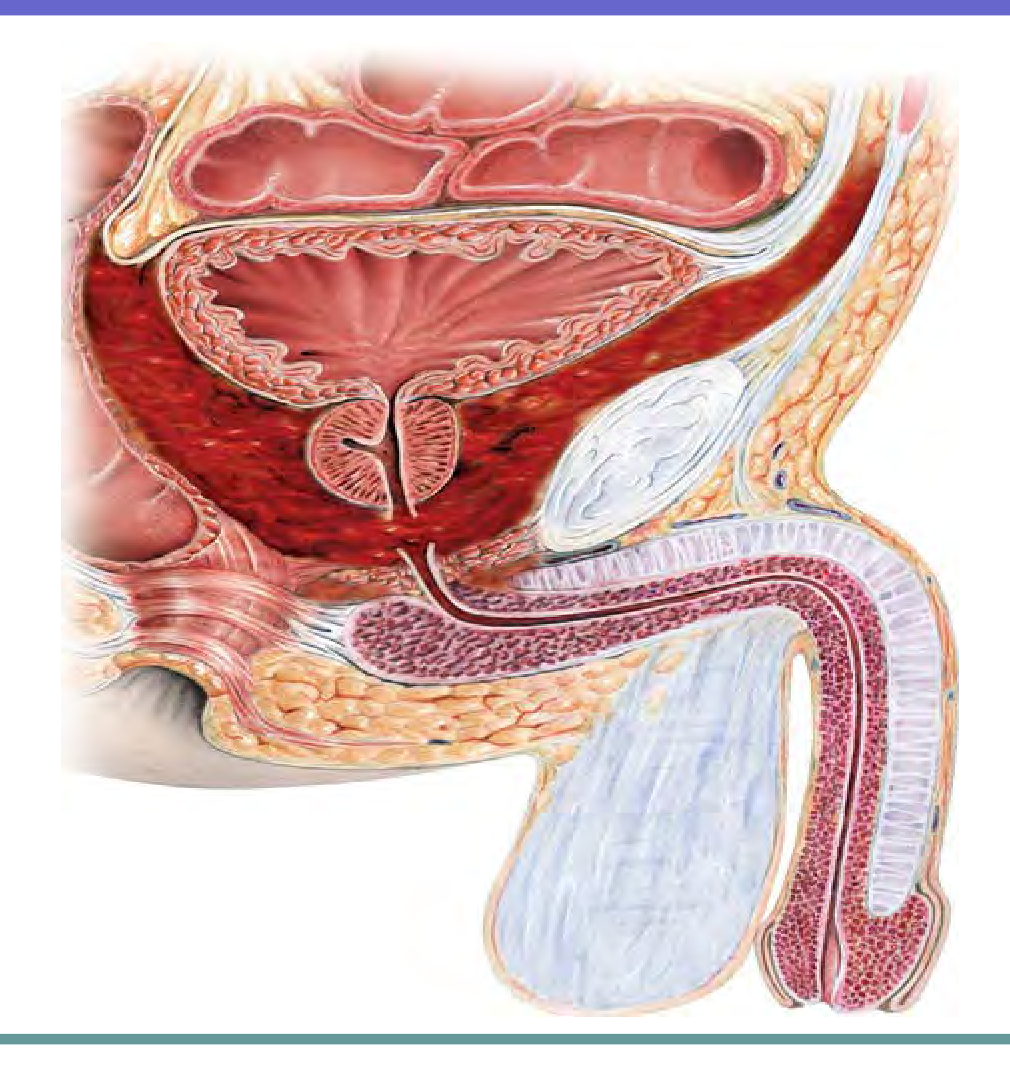
A/ Lésions de l'uretre postérieur;

- Anatomo-pathologie;
  - Simple contusion(hematome pariétal),
  - Rupture partielle
  - Rupture totale +/- decalage

A/ Lésions de l’uretre postérieur;

- Diagnostique;
  I. Clinique :
    - Uretrorragie
    - Hématurie
    - RVA avec globe vésical
      - Mécanique ou reflexe
      - Retardée ou inexistante (rupture vesicale,etat de choc)
    - Hématome perineal <en aile de papillon>, tardif++
    - TR : - ascension du bloc prostato-vesical

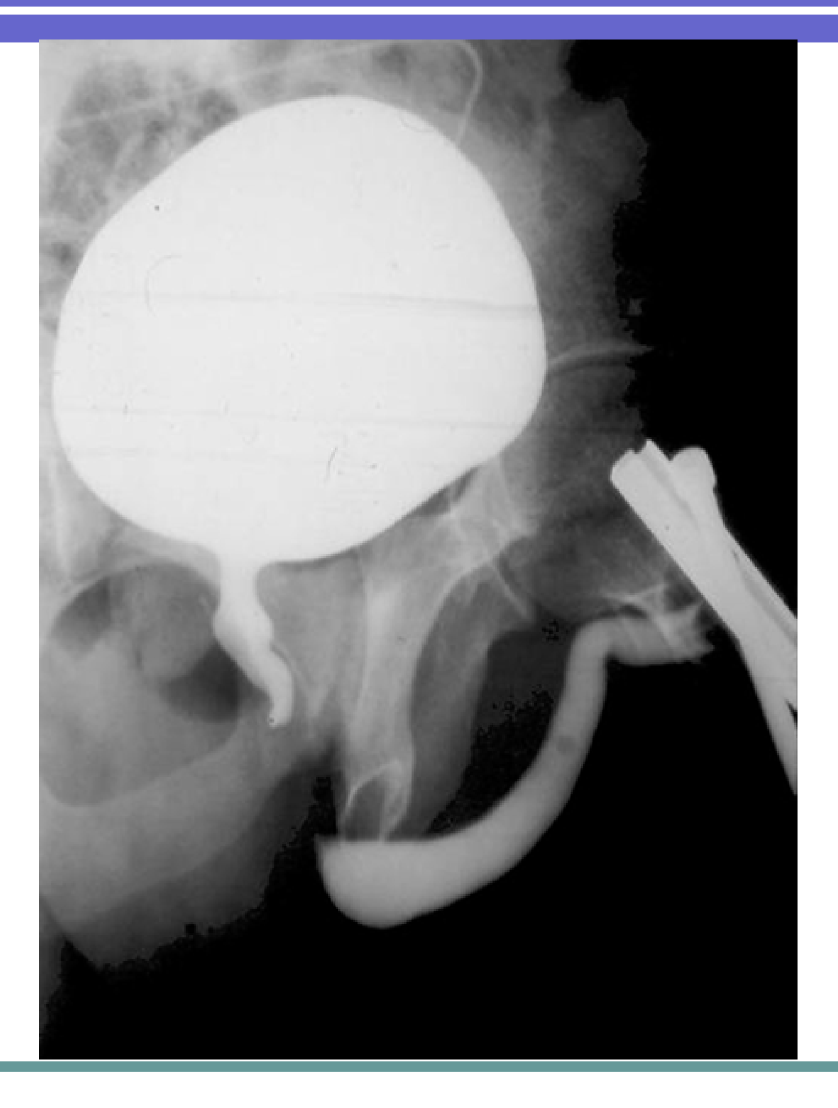
A/ Lésions de l'uretre postérieur;



A/ Lésions de l'uretre postérieur;

- Diagnostique;
  - I. Radiologie :
    - I. TDM-TAP
    - II. Ecographie
    - III. Radios du bassin: F,P,3/4A,3/4O
    - IV. Urethrographie rétrograde+++
      - Immédiate(anglo-saxons),J3-J7(autres)
      - Associée a une opacification antegrade ,si KT sus pubien en place.
      - Méthode;
      - Résultats
        - Extravasation du PDC
        - Arrêt net
        - Opacification ou non de la vessie.

Urethrographie rétrograde+cystographie descendante



Classification de l'AAST

1. Grade 1; contusion
2. Grade 2; étirement
3. Grade 3; rupture partielle
4. Grade 4; rupture totale (décalage <2cm)
5. Grade 5; rupture totale (décalage sup 2cm)

+++IMPORTANT+++

LA SIMPLE SUSPICION D'UNE RUPTURE URETHRALE,DOIT FAIRE BANNIR TOUTE MANŒUVRE ENDO-URETRALE

Car elle peut ;

- Aggraver une lésion complète,
- Compléter une lésion partielle.

A/ Lésions de l'uretre postérieur;

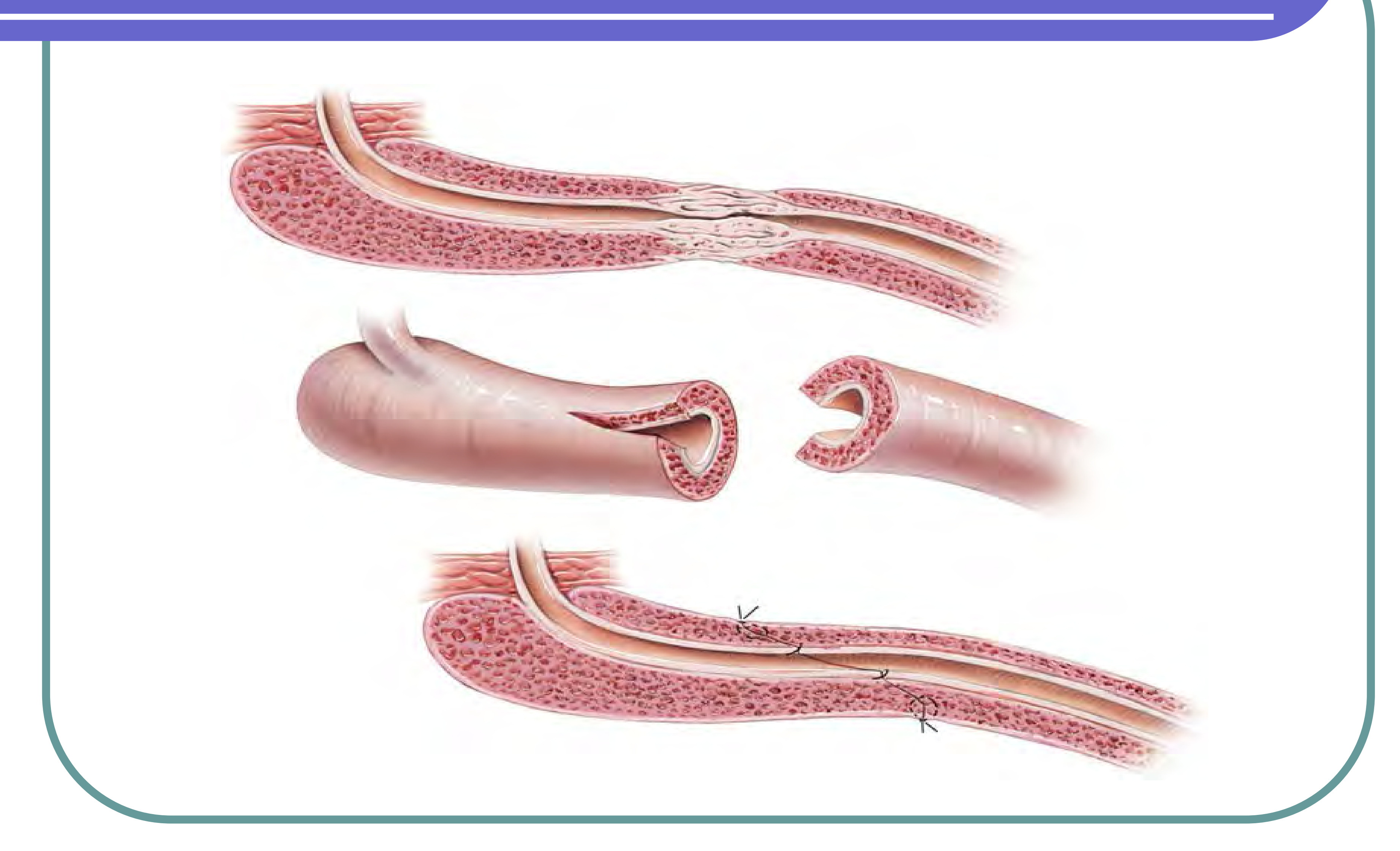
- Traitement;
  - Immédiat:
    - Palier a un éventuel état de choc(mesures de réanimation),
    - Rechercher des lésions associées ,plus graves, nécessitant une PEC urgente(crane ,thorax ,abdomen..)
    - Mise en place d'une cystostomie a minima(KT sus pubien),sous echo guidage.

A/ Lésions de l'uretre postérieur;

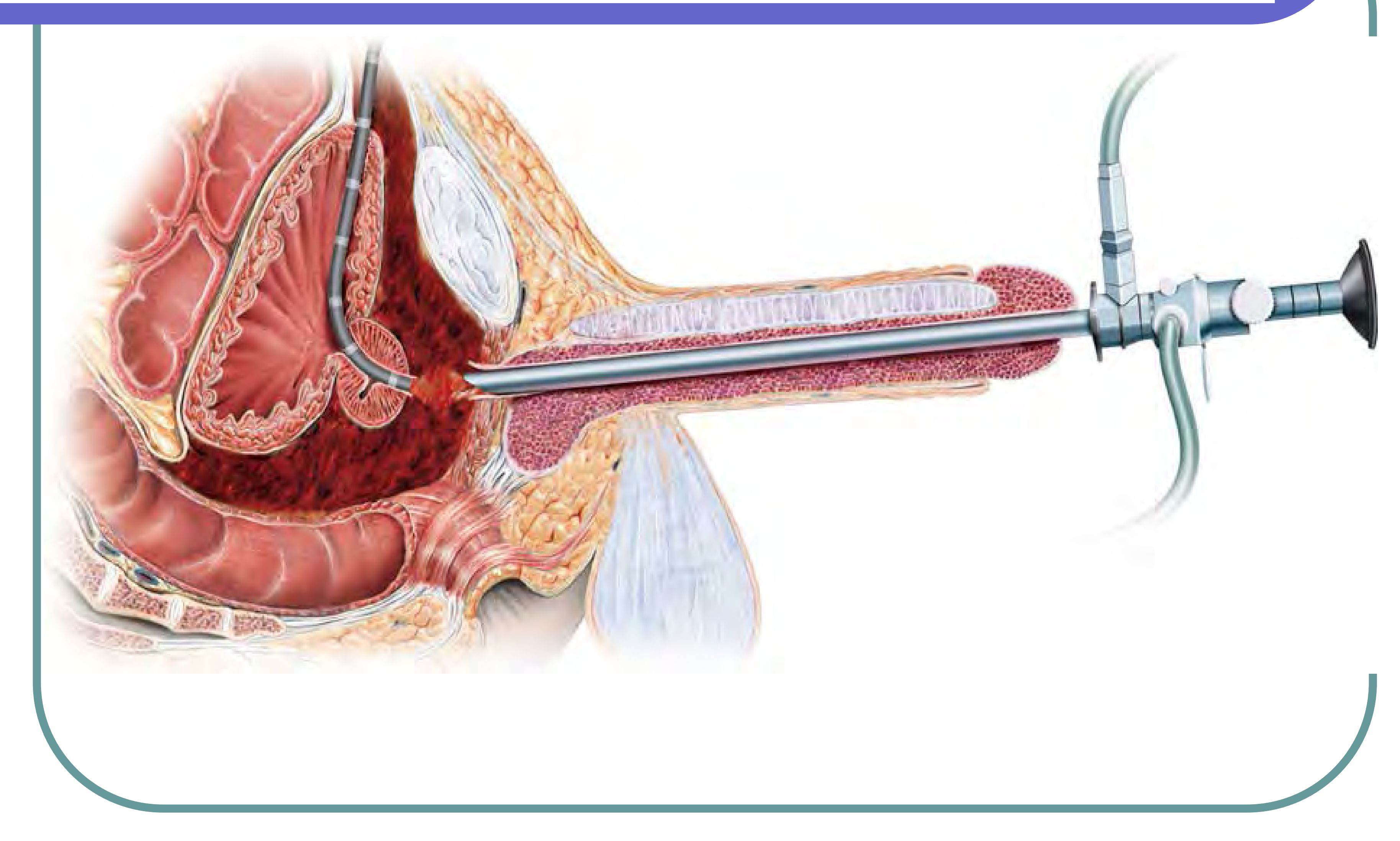
- Traitement;
  - Trois approches;
    - Ancienne <réparation chirurgicale immédiate>
      - Abandonnée(hgie++,infection, instabilité osseuse)
      - Sauf en cas de plaie du rectum, d'incarceration ou une lésion du col vésical associée
    - Classique <réparation chirurgicale différée>
      - KT sus pubien
      - Uretrorraphie termino-terminale(UTT)
      - 3 à 6mois(anglo-saxons),J10(autres)

- Moderne <réalignement endoscopique>
  - Dans les deux semaines qui suivent l'accident
  - Principe; tenté a j 14;
    - Double abord endoscopique
    - Cicatrisation urétrale sur une sonde tutrice 18 ch laissée six semaines.

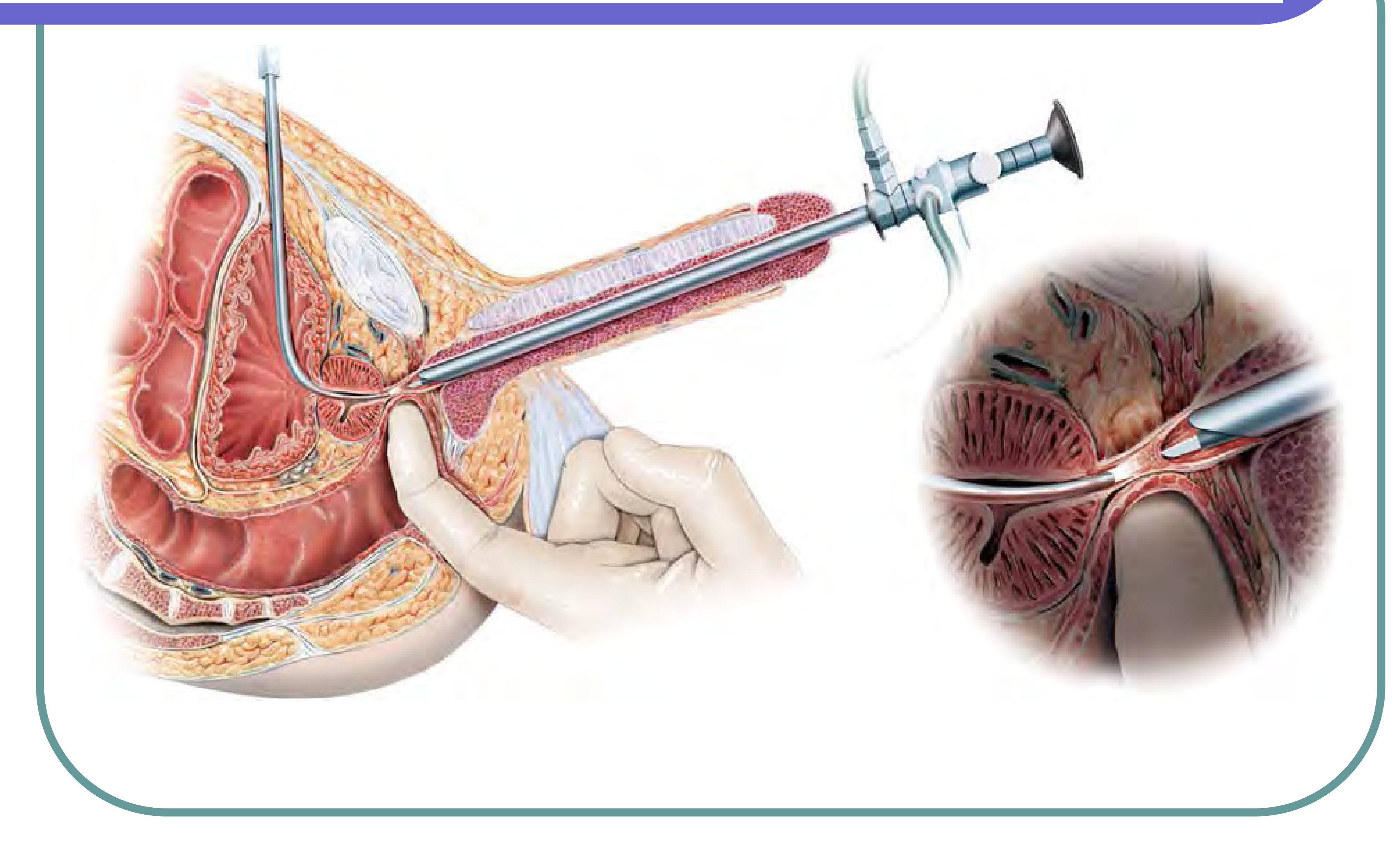
Uretrorraphie Termino-Terminale;



Réalignement endoscopique;



Urethrotomie interne(U.I)



A/ Lésions de l'uretre postérieur;

- Surveillance ;+++
  - Reguliere,a long terme
  - Gueter les complications;
    - Urinaires :
      - Incontinence -rééducation
        -sphincter artificiel.
      - Rétrécissement de l'urethre -UI
    - Sexuelles :
      - Impuissance -IPDE5
        -injections intra caverneuses.

B/ Lésions Vésicales ;

- Etiopathogenie ;
  - 30% des fractures du bassin
  - Associées a des lésions urétrales dans 10 à 30%des cas
  - Deux facteurs de risque ++
    - Fracture du bassin(ligaments pubo-vesicaux)
    - Réplétion vésicale(dome ,zone fragile)

B/ Lésions Vésicales ;

- Anatomo-pathologie;

  - Lésions non perforantes

    -contusions

    -hématome pariétal

  - Lésions perforantes

    - sous péritonéales 60%

    - intra péritonéales 30%

    - mixtes 10%

B/ Lésions Vésicales ;

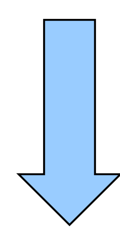
- Diagnostique ;
  - Clinique :
    - Difficile +++
    - hématurie,; microscopique ou macroscopique
    - Empâtement et défense sus pubienne
    - Impossibilité d'uriner
    - Signes de péritonite(distension abdominale)
      - RIP
      - Tardifs.

B/ Lésions Vésicales ;

- Diagnostique ;
  - Radiologie :
    - TDM TAP
      - Lésions viscérales associées
      - Lésions osseuses
      - Extravasations du PDC(cysto scan)
    - Echographie
      - Viscères
      - Epreuve dynamique<echos tourbillonnants>

B/ Lésions Vésicales ;

FRACTURE DU BASSIN + HEMATURIE



CYSTOGRAPHIE OU CYSTO TDM

Protocole: 3 cliches; non injecte

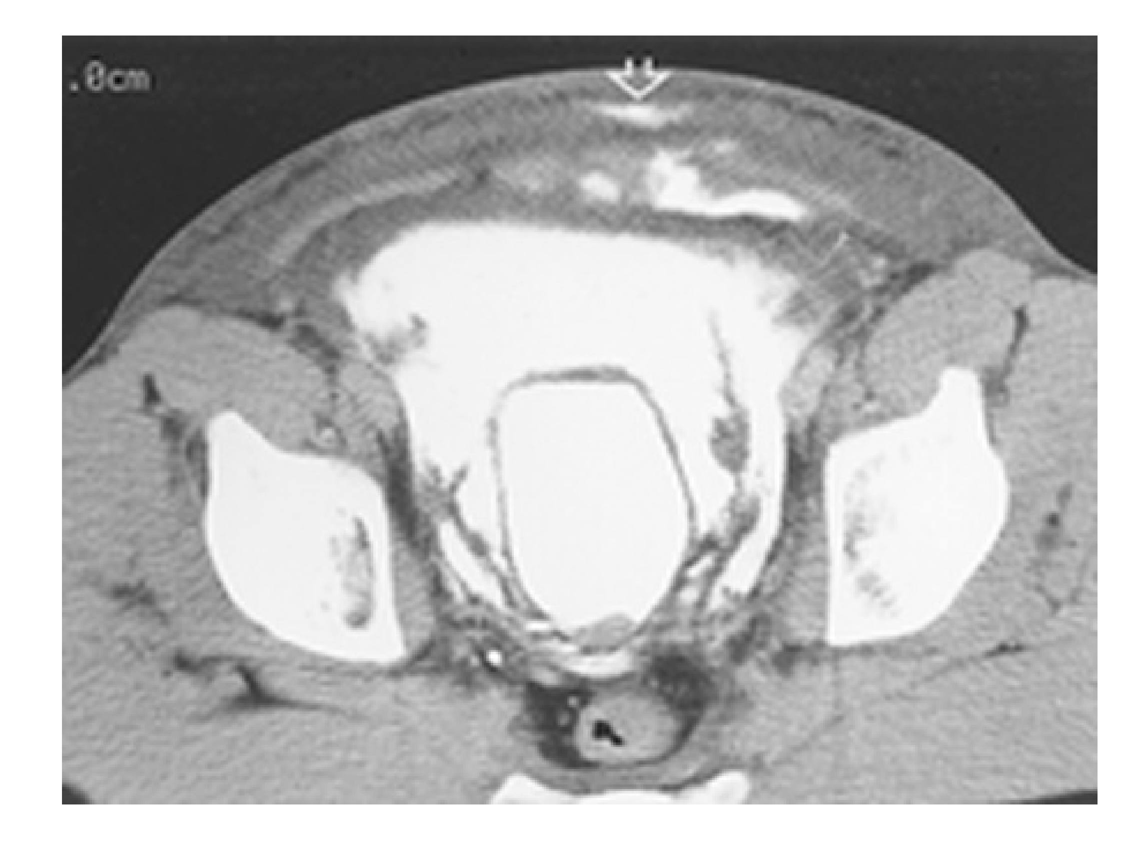
injection 350 cc

apres vidange

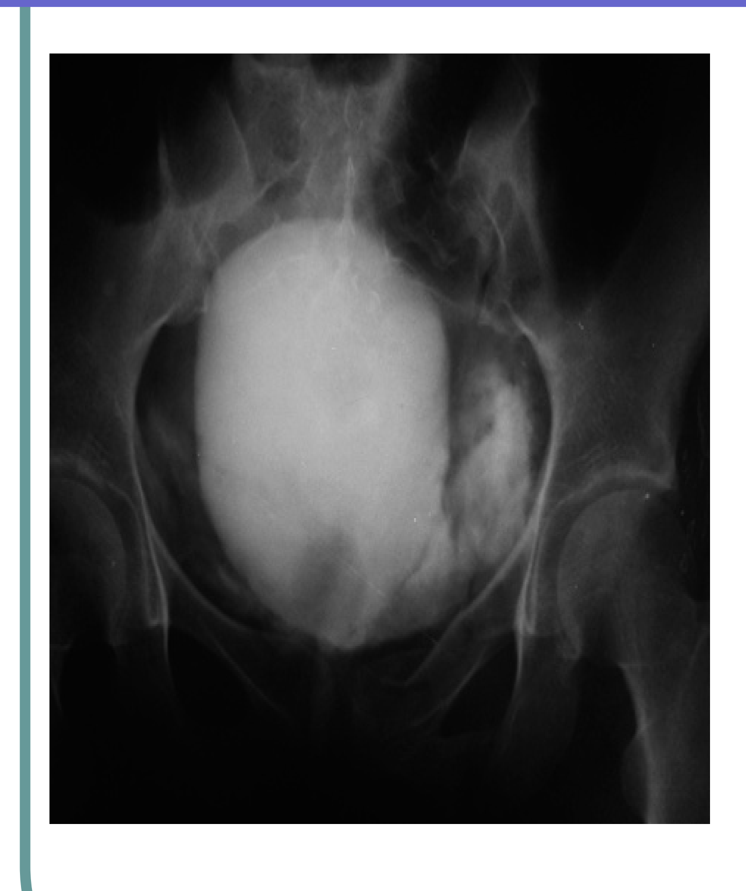
B/ Lésions Vésicales ;

- Diagnostique ;
  - Radiologie :
    - Cystographie retrograde+++
      - 1er temps: Urethrographie rétrogrades , urètre sain,
      - 2ème temps: sondage stérile +++
        injection de 350cc de PDC
      - Resultats:
        - Cysto- normale: rupture colmatée ou contusion
        - Lacunes : caillotage
        - Extravasation++; S/P ou IP

CYSTO-TDM : rupture vesicale



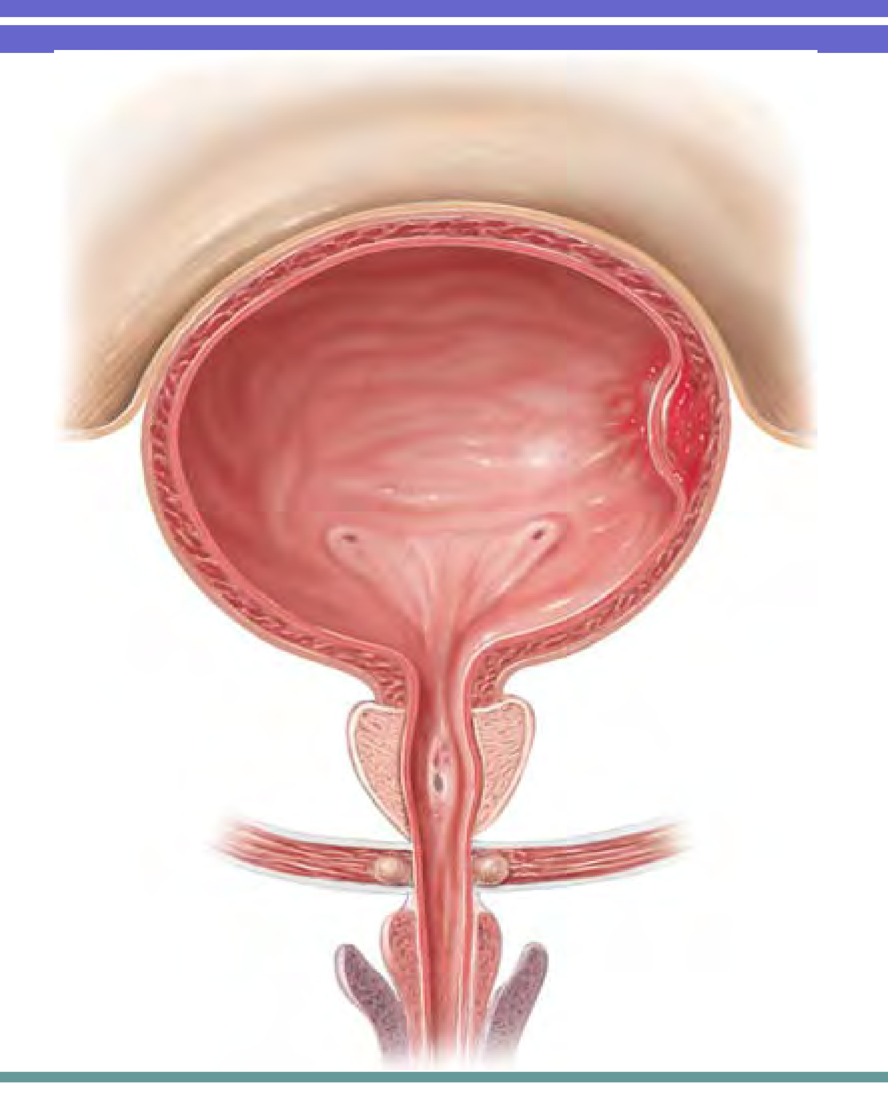
Cystographie rétrograde

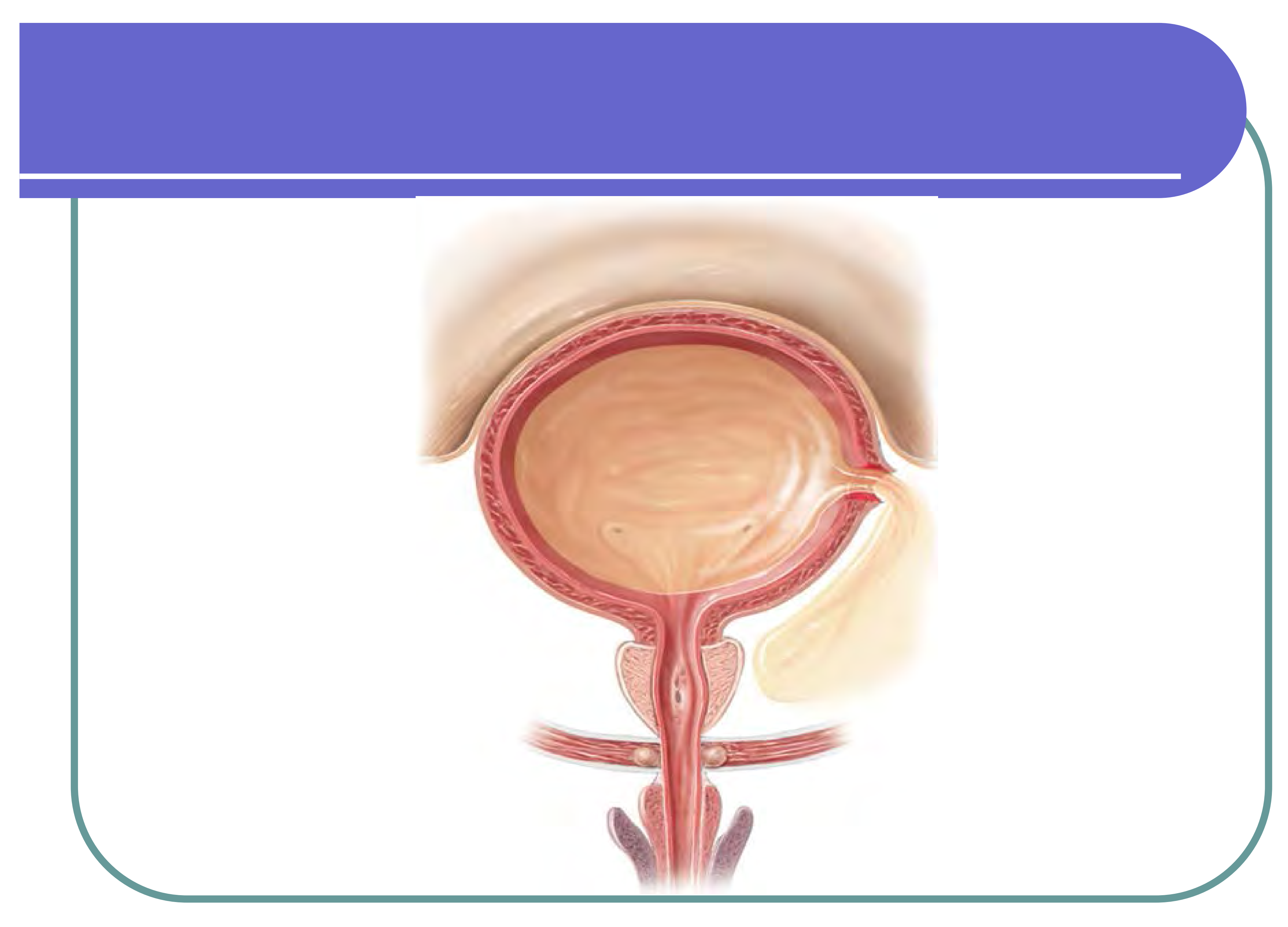


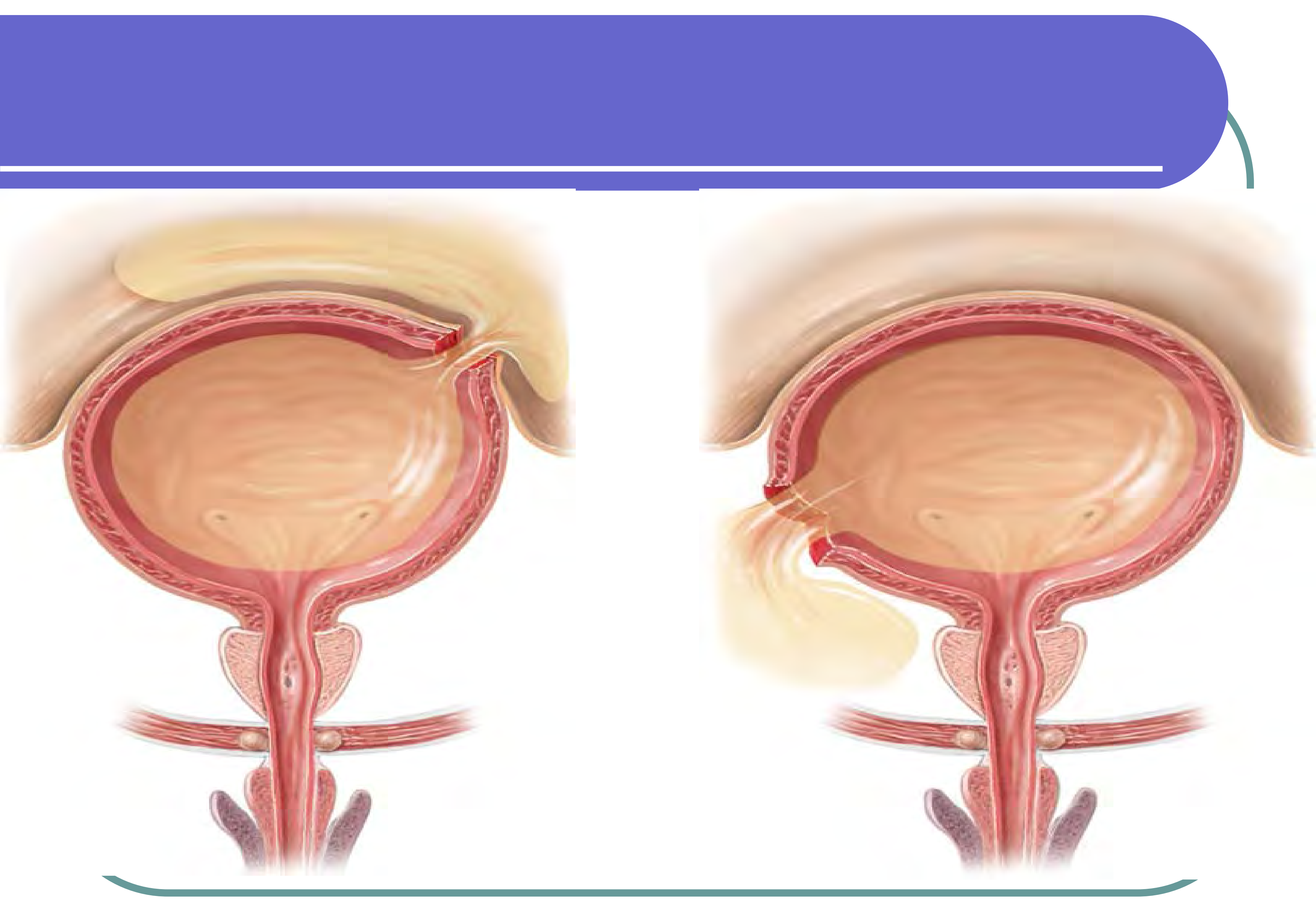


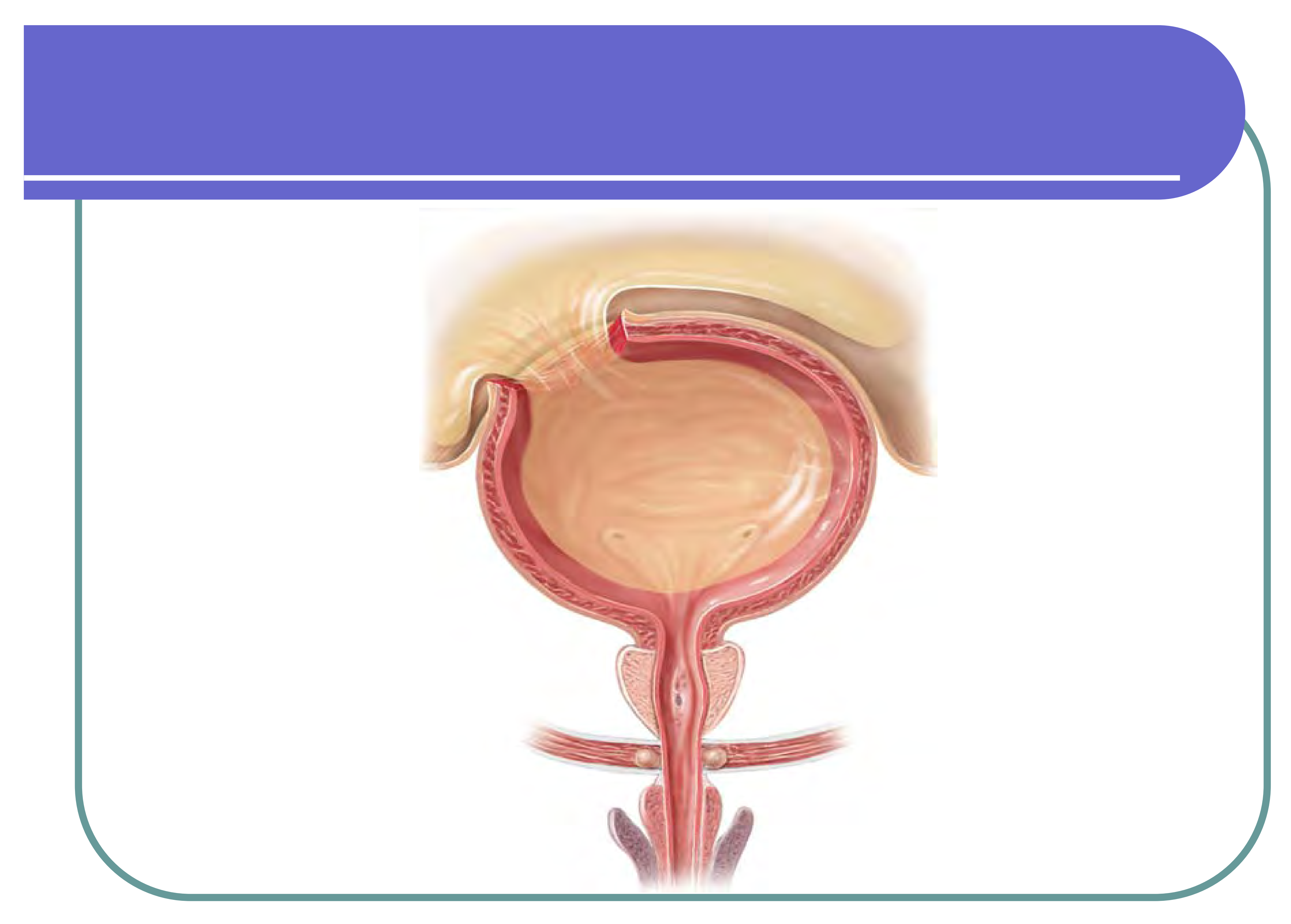
B/ Lésions Vésicales ;

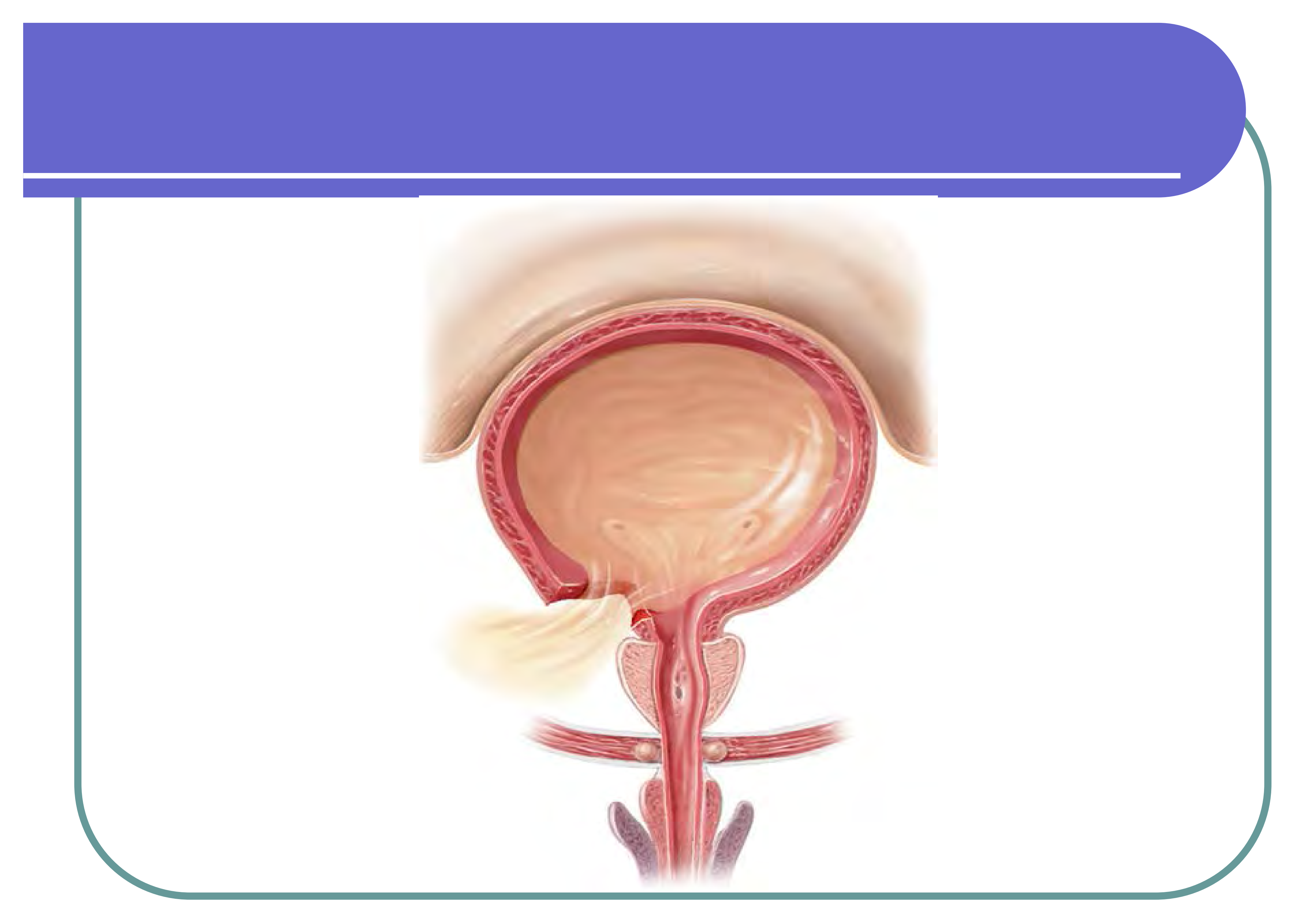
- Classification des L.V selon l'AAST;
  - Grade I :contusion, hématome pariétal
  - Grade II :rupture s/p(RSP) < 02cm
  - Grade III : RSP>02cm ou RIP<02cm
  - Grade IV :RIP>02cm
  - Grade V :RIP ou RSP avec atteinte du col ou du trigone.











B/ Lésions Vésicales ;

- Traitement ;
  - Repos au lit avec antalgiques
    - Contusions vésicales.
  - Traitement conservateur
    - Drainage seul
    - Sonde 24ch, ballonnet peu ou pas gonfle, pendant 2 a 3 semaines
    - RSP
  - Traitement chirurgical
    - Parage, suture en deux plans, drainage 2 a 3 semaines
    - RIP et R.mixtes

Conclusions;

- Les fractures du bassin sont pourvoyeuses de lésions urinaires dans plus de 10%des cas
- Elles sont fréquentes(AVP,AC),mettent le pc vital en jeu(polytraumatismes)ainsi que le pc fonctionnel, urinaire et sexuel a long terme
- Le sondage vésical doit être strictement interdit en cas de suspicion de lésions urétrales.